Rok XLVI. Kraków, dnia 31 sierpnia 1907. Nr 35.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

## O jadzie błoniczym.

Przez
**Dra R. Nitscha.**

Nie mam tutaj zamiaru przedstawić coś nowego. Chodzi mi tylko o streszczenie dzisiejszych poglądów na budowę jadu błoniczego i na stosunek jego do antytoksyny.

Przedtem jednak należy przypomnieć sobie, co właściwie nazywamy jadem czyli toksyną.

Jady, czyli toksyny należą do trucizn w ogólnem tego słowa znaczeniu. Przez trucizny zaś rozumiemy takie ciała nieżyjące, pochodzenia organicznego lub nieorganicznego, które działają szkodliwie, trująco na ustroje żywe, gdy ulegną wessaniu. Różnice między toksynami, a truciznami możnaby streścić w następujących punktach: 1) Toksyny są zawsze wytworem żywych ustrojów czyto ze świata zwierzęcego (jady wężów), czy roślinnego (rycyna), czy bakteryjnego (jad błoniczy). Trucizny zaś w zwykłem znaczeniu tego wyrazu nie mają często ze sprawami życia nic wspólnego. Jedynie trucizny takie, jak alkaloidy, są równie, tak jak jady właściwe, wytworami życia roślinnego.

2) Skład chemiczny i budowa toksyn są nam do dziś dnia nie znane, skład zaś chemiczny trucizn zwyczajnych jest dokładnie poznany. Ta różnica jest oczywiście tylko czasowa, nie ulega bowiem wątpliwości, że kiedyś i toksyny pod tym względem dokładnie zostaną poznane.

3) Jady czyli toksyny odznaczają się ścisłą swoistością w działaniu na ustroje zwierzęce. Są one dla pewnych gatunków zwierząt niezmiernie jadowite, dla innych znacznie mniej, na jeszcze inne gatunki wreszcie nie wywierają żadnego szkodliwego działania (n. p. jad tężcowy bardzo silnie działa na myszy lub konie, znacznie słabiej na psy, a na drób prawie wcale nie). Trucizny zaś wywierają często szkodliwe działanie na cały świat żyjący, tak na zwierzęta jak i na rośliny. (N. p. niektóre połączenia arsenu, rtęci).

4) Toksyny działają często z pewnym okresem wylęgania, t. j. od chwili wchłonięcia jadu przez ustrój aż do chwili wystąpienia pierwszych objawów chorobowych upływa pewien czas (kilka godzin do kilkunastu dni, a nawet dłużej). Tylko niektóre jady, n. p. wężów i niektóre jady bakteryj beztlenowych działają zaraz po wchłonięciu. Tak samo jak te wyjątki z pośród jadów działają też zaraz po wchłonięciu prawie wszystkie trucizny w zwykłem tego słowa znaczeniu.

5) Wreszcie toksyny, wprowadzone do ustroju, wywołują w nim powstanie antytoksyn, t. j. takich połączeń, które znoszą prawdziwe działanie toksyn. Co do trucizn zwyczajnych nie znaną jest podobna właściwość. Usiłowania uzyskania antytoksyn n. p. dla arszeniku, morfiny, pozostały bez skutku. Własność wytwarzania antytoksyn jest najtypowszą ze wszystkich właściwości toksyn. To też może najlepszą i najkrótszą byłaby taka definicya toksyn: Jady czyli toksyny są to takie ciała trujące, które są zdolne do wytwarzania antytoksyn.

Oprócz tych głównych różnic między toksynami a truciznami możnaby przytoczyć jeszcze wiele innych. Tak n. p. są toksyny, a zwłaszcza ich rozczyny, ciałami bardzo chwiejnemi, n. p. ogrzanie do 60—70° często je niszczy, tak samo wpływ światła, ciepła, powietrza; toksyny są dla pewnych gatunków zwierząt niezmiernie jadowite (n. p. 0,00005 mg. toksyn tężcowych zabija myszkę wagi 15 g.); nie działają przez przewód pokarmowy; nie ulegają dyalizie i mają wiele innych cech wspólnych z kolloidami. Tych wszystkich właściwości trucizny zwyczajne nie posiadają albo w znacznie mniejszym stopniu.

Niektóre z tych właściwości toksyn skłoniły Ehrlicha do wniosku, że fizyologiczną budowę toksyn wyobrazić sobie należy w postaci dwóch grup, częściowo od siebie niezależnych: a mianowicie 1) grupy chwytnej (haptophore Gr.) i 2) grupy jadu (toksycznej) (toxophore Gr.).

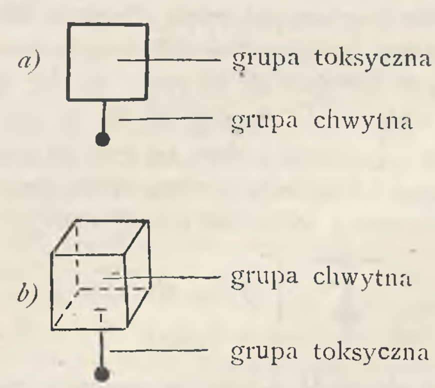



Fig. 1. Budowa toksyn według pojęć Ehrlicha.

Jeżeli toksyna ma zadziałać na ustrój, to przedewszystkiem nastąpić musi połączenie grupy chwytnej z odpowiednią grupą chwytną (receptorem) w ustroju zakażonym. Jak wiadomo, przypuszcza Ehrlich w swojej teoryi łańcuchów bocznych, że każda komórka ustroju składa się z jądra środkowego (życiowego) i z połączonych z niem bardzo licznych łańcuchów bocznych czyli receptorów (albo chwytników). Owo jądro życiowe nie jest wcale identyczne z jądrem postaciowem komórki, a owe boczne łańcuchy mają ścisłe powinowactwo do najrozmaitszych ciał,

już to pożytecznych, już to szkodliwych dla życia komórki, a więc mogą mieć i powinowactwo do chwytnych grup danej toksyny. Tylko wtedy, jeżeli tak jest, t. j. grupa chwytna toksyny ma powinowactwo do chwytników komórki, t. j. jeśli swoją budową chemiczną tak do niej przystaje, jak — według Ehrlicha — klucz przystaje do zamku, tylko wtedy może nastąpić połączenie toksyny z komórką ustroju z następowem działaniem szkodliwem.

Tak zatem, jeśli toksyna ma zadziałać na ustrój, musi w nim znaleźć odpowiednie chwytniki i tem tłómaczy Ehrlich owo swoiste działanie toksyn, odróżniające je od zwykłych trucizn. Jeżeli w danym ustroju nie ma odpowiednich chwytników, to toksyna jest zupełnie obojętną dla tego ustroju. Również dla drugiej, bardzo typowej właściwości toksyn, t. j. dla wytwarzania antytoksyn, konieczna jest w danym ustroju obecność odpowiednich chwytników.

Wreszcie, jak wynika z przyjęcia przez Ehrlicha dwóch grup w drobinie toksyny, może grupa toksyczna wtedy dopiero wywrzeć swoje działanie szkodliwe, kiedy grupa chwytna już weszła w ścisły związek z chwytnikiem komórki. Zatem pomiędzy wessaniem jadu, a wystąpieniem pierwszych objawów chorobowych musi upłynąć pewien czas. Jest to właśnie okres wylęgania, typowy dla bardzo wielu toksyn, jak to widzieliśmy na początku.

To zapatrywanie Ehrlicha o dwóch grupach, wchodzących w skład drobiny jadów, przyjęte zostało przez wszystkich uczonych, zajmujących się tą sprawą, a zatem i przez tych także, którzy nie zgadzają się z Ehrlichem co do innych jego zapatrywań na budowę jadu błoniczego i na inne sprawy z tem związane.

Wspomniano powyżej, że toksyny są w odróżnieniu od zwyczajnych trucizn ciałami bardzo niestałemi, chwiejnemi. Przeróżne czynniki zewnętrzne, wpływy chemiczne i fizyczne niszczą je łatwo. Ta właściwość toksyn zależy według Ehrlicha od tego, że grupa toksyczna w drobinie jadu jest bardzo wrażliwą na różne wpływy zewnętrzne. Bez porównania trwalszą jest grupa chwytna. Wskutek tego powstają z toksyn łatwo pewne ciała mające powinowactwo do tych samych ustrojów co toksyna, ale nie wywierające szkodliwego wpływu na te ustroje. Są to tak zwane toksoidy. Toksoidy zatem różnią się tem od toksyn, że nie posiadają grupy toksycznej, a mają tylko grupę chwytną. Budowę ich możnaby sobie tak przedstawić:

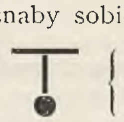

grupa chwytna

Fig. 2. Toksoid.

Również obecność toksoidów przyjętą została nawet przez przeciwników Ehrlicha.

Po tym wstępie, zanim przystąpimy do właściwego tematu, należy sobie przypomnieć niektóre zasadnicze pojęcia i wielkości wprowadzone do nauki przez Ehrlicha i Behringa, albowiem bez tego byłoby nieraz trudno zrozumieć, o co chodzi.

Jak wiadomo, poznajemy obecność i siłę jadu błoniczego jedynie z działania jego na ustrój zwierzęcy. Żadnego innego odczynu, któryby ujawniał obecność jadu błoniczego, dotąd nie znamy. Otóż za jednostkę w ocenianiu tej siły przyjęto taką ilość jadu, która wywołuje śmierć świnki morskiej wagi 250 g. po 4 dniach (3—5 dni) przy podskórnem zaszczepieniu. Taką ilość jadu nazwano 1 dawką śmiertelną. Taki zaś jad, który zawiera w 1 cm³. sto takich dawek, nazwano jadem normalnym.

Obok jadu musimy dla zrozumienia dalszych wywodów określić też pewne pojęcia, tyczące się surowicy antytoksycznej przeciwbłoniczej. Otóż taką surowicę, której 1 cm³. zobojętnia 100 dawek śmiertelnych, czyli 1 cm³. normalnego jadu, nazwano surowicą normalną (jednokrotną, jednonormalną). A jeden cm³. normalnej surowicy nazwano jednostką uodparniającą (immunizacyjną) czyli jednostką antytoksyczną; Niemcy oznaczają je literami I. E. albo A. E. (Immunisationseinheit — Antitoxineinheit [1]).

Oprócz tych wielkości utworzył jeszcze Ehrlich dwa dalsze pojęcia, a mianowicie t. zw. dawki $L_0$ i $L_+$ [2]). Przez $L_0$ oznaczył on taką największą ilość jadu, wyrażoną albo w cm³. rozczynu, albo w dawkach śmiertelnych, która dodana do 1 jednostki antytoksycznej surowicy pozostaje jeszcze zupełnie zobojętniona tak, że żadnych objawów chorobowych u zwierzęcia nie wywołuje, ani po kilku dniach, ani po kilku tygodniach. W dawce $L_0$ zobojętnione są antytoksyną nietylko toksyny, ale i toksony. (Obacz niżej).

Jeżeli zaś do tej mieszaniny $L_0$ (jadu) + 1 A. E. (surowicy) dodawać będziemy dalej jadu tak długo, aż świnka 250 g. zaszczepiona podskórnie tą mieszaniną zginie po 4 dniach, to taką ilość jadu nazywamy $L_+$. Z tego wynika, że różnica $L_+ - L_0$ powinnaby się równać 1 dawce śmiertelnej jadu. Tymczasem przekonano się w bardzo licznych doświadczeniach, że tak prawie nigdy nie jest ale, że ta różnica, nazwana przez Ehrlicha D, jest zawsze większa od 1. D. L. *(dosis letalis)* i wynosić może n. p. 1·7, 6, 10, 18, 28 i t. d. DL. Zatem $L_+ - L_0 = D > 1$ D. L. (C. d. n.)

---

1) »Dawka śmiertelna« i »jednostka uodparniająca« są to zatem wielkości dowolne, służące do mierzenia siły surowicy i jadu błoniczego, tak samo jak n. p. »metr« jest wielkością dowolną, służącą do mierzenia długości i przestrzeni. Gdyby n. p. metr zaginął, to możnaby go z całą ścisłością stworzyć, bo wiadomo, że jest on 40 milionową częścią południka ziemskiego. Gdyby jednak zaginęła »jednostka uodporniająca«, to niemożliwem byłoby stworzenie jej nanowo w tej samej wielkości co dzisiaj, chyba przypadkiem. Albowiem nie moglibyśmy uzyskać na nowo takiego samego »normalnego jadu«, jaki posłużył do stworzenia obecnej »jednostki antytoksycznej«. Wprawdzie wiadomo, że »normalny jad« zawiera 100 dawek śmiertelnych w 1 cm³ i uzyskanie takiego jadu byłoby rzeczą łatwą, gdyby jad błoniczy składał się tylko z czystego jadu; wiadomo jednak, że zawiera on obok jadu właściwego zawsze jeszcze bardzo różne ilości toksoidów (i toksonów według Ehrlicha). Te toksoidy zaś nie wywierają na zwierzę żadnego działania, ale zobojętniają jad.

Rządowy Zakład doświadczalnej terapii (Institut. f. experim. Therapie) we Frankfurcie n. M., pozostający pod dyrekcyą Ehrlicha, ma za zadanie utrzymywać bez zmiany obecną »jednostkę immunizacyjną«. Dzieje się to przez przechowywanie surowicy w stanie suchym, w specyalnych rurkach bez przystępu światła i powietrza. Tak przechowana surowica wcale się nie zmienia nawet przez lata. Surowicę tę można zawsze z owego zakładu otrzymać. (Wysyłają ją w rozczynie gliceryny i 10% soli kuchennej, niezmieniającym się 2—3 miesięcy). Jestto t. zw. »Testserum« lub »Standardserum«. Ta surowica służy do oznaczania siły toksyn (Testgift) w różnych zakładach zajmujących się fabrykacyą surowicy przeciwbłoniczej. Zapomocą znowu tych jadów o oznaczonej sile (Testgifte) oznacza się dalej siłę surowicy przeznaczonej na sprzedaż.

2) Od wyrazu francuskiego »limes« granica: dawki graniczne. Po polsku mówią L zero ($L_0$) i L z krzyżykiem lub L plus ($L_+$); po niemiecku Limes Null i Limes Tod.

## Zadania i tory społczesnej dyagnostyki chorób wewnętrznych.

Podał

**Prof. dr Witold Orłowski.**

Wykład wygłoszony 4/17. maja przy objęciu katedry dyagnostyki lekarskiej w Kazaniu).

(Dokończenie).

Jeszcze mniejsze znaczenie dla oceny sprawności nerek ma bezwzględna wysokość punktu marznięcia moczu [5]). Istotnie, jak tego dowiódł szereg badań, wywiera na nią wpływ ilość wprowadzonych do ustroju płynów, jakość pokarmu, stan układu naczyniowego i wiele innych, nieraz nieuchwytnych warunków; sąd o sprawności nerek staje się tem trudniejszy, że punkt marznięcia moczu waha się już w stanie prawidłowym od 0,87—2,71$^0$. Kryoskopowe więc badania krwi, jak również moczu, rozszerzywszy naszą wiedzę w dziedzinie przemiany materyi, zawiodły poniekąd pokładane w nich nadzieje [6]). Okoliczność ta jednak jest sama przez się zrozumiałą. Istotnie, sprawy przemiany, zachodzące w żywym ustroju, są o wiele zawilsze, niż w rozczynach, rozdzielonych martwą błoną przepuszczającą; jeśli w tych rozczynach wszystko się sprowadza do zrównania zgęszczenia drobinowego na podstawie prawa osmotycznego, to w komórkach, z których składają się żywe błony ustroju, pomimo praw fizycznych wchodzą w grę ciągłe zmiany ich własności życiowych, połączone ze zmianą ich objętości, kształtów, składu i t. d. Oprócz tego w żywym ustroju w razie patologicznego obniżenia czynności nerek, skierowanej ku wydaleniu z ustroju drobin, ciśnienie osmotyczne może być wyrównane (v. Koranyi) innemi drogami. Tak n. p. komórki naszego ustroju mogą ograniczyć swą czynność, rozkładając mniejszą ilość białka, lub zmieniać ją tak, że drobiny białkowe rozkładają się na mniej drobne, niż zwykle. Zarówno w pierwszym, jak w drugim przypadku liczba nowowytworzonych drobin będzie mniej znaczna w porównaniu do zwykłego rozkładu; osmotyczne więc ciśnienie może przy warunkach sprzyjających pozostać bez zmiany, zależy ono bowiem nie od wagi i jakości drobin, lecz od ich liczby. Obliczenia kryoskopowe Boucharda, które dowiodły, że wielkość przeciętnej drobiny wypracowanej *(molecule élaborée moyenne)*, pozwalającej poniekąd sądzić o energii spraw utleniających w ustroju, wynosi u zdrowych 76,2, a u chorych na mocznicę 102, dowodzą poniekąd istnienia takiego narządu miarkującego. Obniżenie rozkładu białka można spostrzegać również u osób niedokrwistych i w innych stanach chorobowych. Należy zresztą mieć zawsze na uwadze wyrównawczą czynność innych narządów, jak również zdrowych części nerek. Jakkolwiek zastosowanie kryoskopii w dyagnostyce w porównaniu do pierwotnych oczekiwań (v. Koranyia, Straussa, Claudeego, Balthazarda, Bujniewicza i innych) jest ograniczone, to pomimo to, zestawiając punkt marznięcia moczu z punktem marznięcia krwi, z ilością wydalonych drobin chlorku, oznaczając ogólną dyurezę drobinową i dyurezę wypracowanych drobin, t. z. »Valenzzahl« Straussa ($\Delta.v$), drobinowe zgęszczenie poszczególnych porcyi moczu po zażyciu dużej ilości płynu [7]) (»Verdünnungsversuch« Illyes-Kövesi, v. Koranyi, Roth-Schultz i inni), badając kryoskopię moczu po wprowadzeniu nadmiaru chlorków według metody Strauss-Nagelschmidta i Mauté, można otrzymać dane, które przy krytycznem rozejrzeniu się sprzyjają wyjaśnieniu stopnia sprawności nerek w każdym poszczególnym przypadku (Łukowskij i inni). Zwłaszcza cenne jest pod tym względem połączenie kryoskopii z cewnikowaniem moczowodów. Tak Kümmel, Rumpel, Casper i Richter, Wiebrecht i Thumin, Albarran, Strauss i inni otrzymali świetne wyniki, sprawdzone podczas operacyi lub przy sekcyi, z zestawienia punktu marznięcia moczu, wziętego z każdej nerki zosobna, z punktem marznięcia krwi; kojarzenie tych metod obniżyło śmiertelność po wycięciu nerki u Kümmela z 36,5 do 4,7%. Ograniczenie się jedynie tylko do cewnikowania moczowodów, w którem wielu pokładało tyle nadziei, może częstokroć dać niepewne, nawet mylne wyniki dla oceny sprawności nerek, czego pouczającym dowodem jest przypadek Gersunyego.

W ostatnim czasie z kilku stron polecono metody dla poznania sprawności nawet mięśnia sercowego i układu naczyniowego. Liczne badania dowiodły, że serce, nawet przerosłe, może być mało sprawne. Okoliczność ta zależy w wielu przypadkach od różnego rodzaju spraw, przebiegających w mięśniu sercowym jednocześnie z rozwojem przerostu serca. Tak n. p. podczas ostrych zakażeń, zwłaszcza ostrego gośćca stawowego, wikłających się ze zmianami wsierdzia, mięsień sercowy nieraz ulega zwyrodnieniom, zapaleniom śródmiąższowym, powstają zmiany naczyń, zakrzepy i t. d. Te zmiany mają w poszczególnych przypadkach niejednakową rozległość i różny stopień natężenia, niezależnie od charakteru wady serca i długości jej trwania. Mogą one być jednak tak znaczne, że kliniczny obraz jakiejkolwiek niedomykalności zastawkowej nieraz może być wywołany li tylko przez znaczne upośledzenie kurczliwości mięśnia sercowego. »Jeśli, n. p.« — powiada Krehl — »u chorego z wybitną niedomykalnością zastawki dwudzielnej sekcya stwierdza nader małe zmiany na brzegach zastawek, to za istotną przyczynę niedomykalności należy uznać zmiany mięśnia sercowego, współistniejące z zapaleniem wsierdzia (Rosenberg). Do tejże kategoryi przypadków, mojem zdaniem, należy również wiele z przypadków t. zw. względnej niedomykalności zastawek, którą tłómaczą zwykle znacznem rozszerzeniem jam serca, więc, sprawą bierną, gdy nieraz te przypadki zależą »od niedostatecznej kurczliwości mięśni pierścieniowych, otaczających odpowiednie ujście« (Krehl). Lecz jeśli sprawność serca obniża się w przypadkach ze znacznemi jego zmianami zarówno chemicznemi, jak morfologicznemi, zwłaszcza w razie znacznego miąższowego, tłuszczowego lub szklistego zwyrodnienia mięśnia sercowego (Curschmann), to spostrzeżenia z lat ostatnich niezbicie dowodzą, że niewielkie i średnie stopnie miąższowego i tłuszczowego zwyrodnienia »zdarzają się często zarówno w tych przypadkach, w których za życia serce było mało sprawne, jak i w tych, w których aż do końca życia pracowało dobrze« (Krehl). »Można nawet przypuszczać«, — powiada Krehl — »że nawet bardzo wysokie stopnie zwyrodnienia tłuszczowego mogą jeszcze współistnieć z dość dobrą sprawnością serca«.

Co się tyczy naczyń, to konieczność obznajomienia się z ich stanem fizyologicznym i sprawnością staje się dla nas oczywistą od chwili, gdy przekonaliśmy się, iż objawy zaburzenia w obiegu krwi mogą powstawać w przypadkach o prawidłowej czynności serca wskutek zaburzenia czynności t. zw. »serca obwodowego«, od którego zależy samodzielna miarowa czynność naczyń krwionośnych obwodowych i które w ten sposób przyczynia się do regulowania obiegu krwi.

Herz pierwszy zwrócił uwagę, iż, jeśli zgiąć możliwie powolnie i dokładnie prawe przedramię chorego, a następnie obliczywszy tętno, wyprostować je, to zdrowe serce nie oddziaływa na te ruchy, zwane przez Herza »Selbsthemmungsbewegungen«, lub oddziaływa nader nieznacznem

---

[5]) Z ostatnich klinicznych prac, dotyczących tej sprawy, patrz prace Clairmonta z kliniki Eiselsberga w Arch. f. klin. Chirurgie, t. LXXIX.

[6]) Poglądy na przemianę nerkową v Koranyiego i jego wnioski znalazły poparcie, oprócz prac jego uczniów, w pracach Claude i Balthazarda, Bujniewicza i poniekąd w pięknych badaniach ś. p. prof. Sobierańskiego nad wydzielaniem przez nerki karminu po wewnątrzżylnem jego wstrzykiwaniu, i spotkały się z zarzutami, niezawsze co prawda dostatecznie uzasadnionymi, zwłaszcza ze strony Lindemanna, Kissa, Bernarda, Bukinicza i Miełkich, Usawa, Reitera, Gruzdiewa i innych.

[7]) Mocz z nerki chorej rozcieńcza się później, jego zgęszczenie drobinowe prawie nie ulega zmianie, ilość zwiększa się nieznacznie.

przyspieszeniem tętna (Herz, Grünbaum i Amson), należy tylko baczyć, żeby praca mięśniowa kończyny badanego osobnika była podczas tego badania najmniejszą, a jego uwaga całkowicie skierowaną do tych ruchów. Przeciwnie w razie niedostatecznej sprawności mięśnia sercowego, nawet bez objawów zaburzenia wyrównania, tętno zwalnia się i staje się pełniejsze. Jeśli tętno przedtem było prawidłowe co do częstości, lub zwolnione, to zwolnienie wynosi 4—10 na minutę, w przypadkach zaś przyspieszonej czynności serca zwolnienie może wynosić nawet 40 uderzeń na minutę. Dalsze badania stwierdzą, o ile ta S-próba ma znaczenie pod względem rozpoznawczym, dziś zaś trudno przypisywać jej znaczenie rozstrzygające, ponieważ, jak przypuszcza sam Herz, jej wyniki zależą prawdopodobnie nie tyle od stanu serca, ile od stanu ośrodków mózgowych. Katzenstein sądzi o sprawności serca ze zmiany parcia krwi przy zwiększeniu przeszkód obwodowych dla jego pracy, przez ucisk obydwóch tętnic biodrowych, Baur z wysokości pracy na bremergostacie Zuntza, która wywołuje już obniżenie ciśnienia krwi, Romberg poleca metodę pletysmograficzną dla oceny sprawności układu naczyniowego i t. d. Brak czasu niestety nie pozwala mi rozpatrzyć tych metod szczegółowo, ani zatrzymywać się na wysoce cennych nowszych zdobyczach fizyologicznych Gaskella, Engelmanna, Wenckenbacha i innych, które wywołały zupełny przewrót w naszych poglądach na prawidłową czynność serca i rzuciły nowe światło na powstanie różnych nieprawidłowości pracy serca. Te badania, dotyczące mięśniowego *(myogènes)* automatyzmu mięśnia sercowego, odznaczającego się automatycznemi: pobudliwością, przewodnictwem i kurczliwością, ułatwiły nam rozwiązanie nader trudnego i doniosłego zagadnienia, czy nieprawidłowa czynność serca w każdym poszczególnym przypadku zależy od ciężkich zmian anatomicznych mięśnia, czy też jest wynikiem szybko przemijających zaburzeń czynnościowych.

Jeśli zestawimy teraz wszystko, com powiedział, to łatwo dojdziemy do przekonania, że zadania współczesnej dyagnostyki są o wiele zawilsze w porównaniu do tego pierwotnego jej stanu, który przedstawiłem Panom w samym początku. Klinicysta współczesny nie zadawalnia się poznaniem zmian morfologicznych w narządach i fizyologicznego ich stanu, lecz dąży jeszcze do poznania sprawności tak chorych, jak zdrowych narządów. Prawda, nasze metody badania, zwłaszcza w dziedzinie dyagnostyki potencyalnej, są jeszcze dość pierwotne i często nie pozwalają nam zaznajomić się ze stanem ustroju we wszystkich wskazanych kierunkach. Przekonanie jednak o niezbędności takiego szczegółowego badania dla poznania istoty sprawy chorobowej i oddziaływania ze strony ustroju jest w dobie dzisiejszej zupełnie uzasadnione. Nie ulega wątpliwości, że umysł ludzki w swem dążeniu do samopoznania coraz głębiej będzie zagłębiać się w istotę spraw życiowych zarówno w stanie fizyologicznym, jak i patologicznym ustroju i w ten sposób zdoła z większą łatwością rozwiązywać wskazane zagadnienia. Biorąc czynny udział w tej pracy twórczej, powinniśmy dążyć również do przyswojenia sobie tych metod badania, które są osią i podstawą każdego badania klinicznego, które, według słusznego twierdzenia Sahliego stanowią drogi przewodnie dyagnostyki lekarskiej. Temi metodami, których przyswojenie do tego sprzyja w wysokim stopniu wytworzeniu się u początkujących myślenia lekarskiego, zostaną się na zawsze obmacywanie, opukiwanie, osłuchiwanie. Do obznajomienia się więc tak przedewszystkiem z temi metodami, jak i z innemi, dziś Panów zapraszam.

# Spostrzeżenia z praktyki.

## Przypadek rzekomego obojnactwa*).

Podał

**Dr Ksawery Mikucki** (Ternówka na Podolu).

Dnia 15/2. czerwca 1907 r. zjawiła się u mnie starozakonna mieszkanka Ternówki z rzekomą siostrzenicą 17-letnią Fanny K. z powodu, że ta, niby dziewica, nie odbywała dotąd miesiączki i że się skarżyła, iż w okolicy części płciowych wyrósł jej, jak się wyraziła, kawałek mięsa.

Przy badaniu Fanny K. znalazłem, co następuje: Wyraz twarzy męzki, bez zarostu, zupełne podobieństwo do ojca, którego znam od lat wielu; budowa, jak u ojca, szczupła, wzrost średni, brak gruczołów piersiowych niewieścich. Wzgórek łonowy pokryty włosem gęstym, brak zupełny warg większych i mniejszych; w miejscu odpowiadającem łechtaczce znajduje się wyrostek grubości szczupłego palca wskaziciela, długości 2 cm., mający kształt żołędzi prącia bez napletka i bez otworu cewki. Poniżej tego znajduje się mały otwór, którym F. oddaje mocz. Otwór ten, nie przedstawiający zwykłego u niewiast ujścia cewki, ma brzeg dolny półksiężycowaty. Porost włosów na tych częściach dość obfity. Badanie palcem przez ten otworek, średnicy nie cały centymetr mający, nie możebne, na wprowadzenie cewnika F. nie pozwalała. Badanie palcem przez odbytnicę nie napotyka ani gruczołu krokowego, ani macicy. Odległość przestrzeni od otworu cewki do otworu stolcowego wynosi 2 cale.

Jestto więc znowu przypadek »erreur de sexe« z powodu spodziectwa.

*) Przedstawiony 17/4. lipca 1907 na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Humaniu.

# Piśmiennictwo bieżące.

## Chirurgia.

P. Desfosses i A. Martinet. **Cynk jako jon.** (*Presse méd.* 1907, Nr 55). Jon — cynk nadaje się znakomicie do przyżegania i do tamowania krwawienia; działanie jego zbadane dokładnie przez Leduca nie jest jeszcze dostatecznie znane lekarzom praktycznym. Przy elektrolizie surowicy krwi zapomocą elektrod cynkowych, anoda cynkowa otacza się zwolna rosnącym walcem skrzepłego białka tak długo, aż wreszcie walec ten z powodu ciężaru swego z anody się ześlizguje i spada na dno naczynia. Skrzep jest zbity tak, że zachowuje niezmienioną postać wydrążonego walca. Jon — cynk jest zatem środkiem, wywołującym krzepnienie, równocześnie znakomicie odkaża i przyżega. Tem się tłómaczy oddawna już znane lecznicze stosowanie chlorku cynkowego w chirurgii i siarczku cynkowego w okulistyce. Środki te działają jednak powierzchownie, prąd elektryczny wprowadza natomiast działanie cynku w głąb tkanki i to na dowolną głębokość. Jon — cynk nie rozpływa się wśród tkanek, ale się zatrzymuje w tej okolicy, gdzie go wprowadzono. Można go zatem spokojnie stosować. Leduc zalecał go do leczenia zapaleń błony śluzowej macicy, szczególniej postaci krwotocznych. Na brzuch lub pośladek chorej kładzie się kompres z gazy, napojony wodą słoną, a na niego cienką blachę cynową, połączoną z biegunem ujemnym. Do macicy wprowadza się zgłębnik cynkowy, którego cała część wolna otoczona jest kauczukiem dla odosobnienia i uniknięcia niepotrzebnego przyżegania części zdrowych, do zgłębnika przylegających. Przez 20 do 30 minut przepuszcza się prąd o 30—60 M. A. Często po jednem posiedzeniu ustaje krwawienie i nie wraca więcej. W przeciwnym razie powtarza się zabieg po 8 lub 10 dniach. W ten sposób niejednokrotnie uchronili D. i M. chore przed skrobaniem macicy, nad którem ten sposób ma tę wyższość, że nie otwiera naczyń, nie wszczepia nic w głąb tkanki, lecz przeciwnie naczynia zamyka, a tkanki nawet w głąb odkaża. — Z powodu tej własności odkażającej nadaje się jon — cynk do leczenia przewlekłych wrzodów, przetok, a w szczególności przetok odbytnicy. Im prąd stosowany jest silniejszy i im go dłużej stosować, tem cynk przyżega głębiej. Dobre wyniki mieli D. i M. również w leczeniu przetok w toku gruźlicy stawu biodrowego.

Nie nadaje się ten sposób do leczenia wybujałej, broczącej ziarniny, jaka n. p. otacza wrastający paznokieć. W ostatnich czasach poczęto z dobrym skutkiem stosować ten sposób i w leczeniu raków nabłonkowych na twarzy (Leduc, Lewis Jones) Lewis leczył n. p. z 19 przypadków raka twarzy, 14 wyleczył: watę napaja 2 prc. siarczku cynkowego i na nią układa anodę cynkową, stosując prąd najwyżej 10 M. A. Po miesiącu można zabieg powtórzyć: na 19 przypadków 6 uleczył po jednym zabiegu, 3 przypadki wymagały 2 zabiegów, a 5 przypadków wymagało trzykrotnego ponowienia zabiegu. Na jednem posiedzeniu należy prąd stosować dość długo. Wyniku należy czekać tygodniami, zanim się zabierze do ponowienia zabiegu, gdyż zabliźnianie się po przyżeganiu jonem — cynkiem jest bardzo powolne. Zabiegi te są bardzo mało bolesne. *Stahr.*

Charas. **O pierwszej pomocy lekarskiej.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 31). O ile coraz więcej szerzy się wśród laików nauka udzielania pierwszej pomocy, o tyle nie dba się wiele o pierwszą pomoc lekarską i często słuchacze medycyny przy końcu swoich studyów nie mają o niej wielkiego wyobrażenia. Niektóre pilne operacye powinien umieć wykonywać każdy lekarz n. p. tracheotomię i t. p. Powinien także znać technikę wlewań fizyologicznych rozczynów soli, które obecnie gotowe już w bombach szklannych jednolitrowych można nabywać. Usuwanie ciał obcych często też należy do pierwszej lekarskiej pomocy, a do tego potrzeba już znajomości kilku gałęzi wiedzy lekarskiej. Nie jest też łatwą rzeczą umieć chorych przewozić i obchodzić się z niemi. Tego jednak nie uczy się słuchaczy medycyny. Każdy lekarz powinien mieć gotową torbę z utenzyliami, potrzebnemi do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, a nie dopiero w razie potrzeby pytać się, co się stało, i szukać instrumentów. C. nawołuje świat lekarski do wypełnienia tak rażącego braku w nauce medycyny. *Klęsk.*

Hirschfeld i Kothe. **O nadmiernej ilości ciałek białych w ciężkich zakażeniach.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 31). W zakażeniach spotyka się zwykle zwiększona ilość ciałek białych i zwykle stoi ona w prostym stosunku z natężeniem zakażenia. W rzadkich przypadkach spotykać można niestosunkowo znaczne zwiększenie się liczby ciałek białych, czego nie umiemy sobie wytłomaczyć. Spotykano n. p. przy zapaleniu płuc 100 tysięcy i więcej ciałek. H. i K. spostrzegali 11 przypadków zakażeń, gdzie liczba ciałek wzrosła ponad 60.000. Były to przeważnie przypadki ciężkich zakażeń, głównie otrzewnej i z tych większa część skończyła się śmiercią. Przypadki te dotyczyły głównie kobiet i dzieci, u których, jak wiadomo, liczba ciałek białych wogóle ulegać może wielkim wahaniom. *Klęsk.*

Caro. **Wyleczenie przypadku daleko posuniętej choroby Bantiego wycięciem śledziony.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 29). Przez wycięcie śledziony osiągnięto bardzo dobry wynik leczniczy. Odsetek hemoglobiny podniósł się z 35—80, ilość ciałek czerwonych zwiększyła się w trójnasób, białych pięciokrotnie. Ciężar ciała także stale wzrastał po operacyi. Przez 4 tygodnie po operacyi chory trochę gorączkował. Przez cały rok po operacyi wynik stale dobry. *Klęsk.*

Mendel. **Puszczanie krwi w praktyce lekarskiej.** (*Therap. d. Gegenw.* 1907, Z. 7). Za wskazanie do puszczania krwi uważa M. następujące cierpienia: zaburzenia składu krwi przy otruciach gazami, mocznicy, rzucawce porodowej, błednicy, skazie moczanowej, dalej udar mózgowy, miażdżycę tętnic, zapalenie płuc, drobnych oskrzelików, a wreszcie zastój żylny z powodu wad zastawek i zmian mięśnia sercowego. *K.*

Sick. **Leczenie mięsaków wstrzykiwaniami arsenu.** (*Posiedz. Tow. lek. w Hamburgu* 5. II. 1907). W przypadkach rozpaczliwych mięsaka kręgosłupa osięgnął S. przez wstrzykiwania śródżylne (0,01—0,1) atoksylu i podawanie pigułek azyatyckich, podgojenie i znaczną ulgę w cierpieniach. Jeden chory żyje jeszcze i pracuje po 12 latach. W jednym przypadku mnogiego mięsaka czaszki, szczęki dolnej, uda i goleni otrzymano przy tem leczeniu znaczną poprawę, guzy zmniejszyły się widocznie i stan ogólny się polepsza. W przypadkach, nie nadających się do operacyi, należy próbować tego leczenia i przeprowadzać je czas dłuższy. *Klęsk.*

Prof. Bier. **Wpływ wstrzykiwań obcej krwi na nowotwory złośliwe.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 29). Doświadczenia w tym kierunku robi Bier od roku 1901, wstrzykując w okolicę nowotworu (nie nadającego się do operacyi) 10—20 ctm. odwłóknionej krwi baraniej, lub co lepiej, świńskiej. Po kilku godzinach powstaje w miejscu wstrzyknięcia zapalenie, nasilające się do 3. dnia i potem ustępujące. Towarzyszą mu dreszcze i podniesienie ciepłoty. Na tkankę zdrową nie mają wstrzykiwania, zdaje się, żadnego wpływu. Przy owrzodzeniach nowotworowych zmniejsza się wydzielina, często i bolesność, wrzód się oczyszcza. Raz występuje zanikanie ognisk, innym razem rozpad nowotworu. B. leczył w ten sposób już kilka przypadków. Rozległy mięsak jelit u dziecka zmniejszył się znacznie, lecz dziecko to w końcu umarło. W przypadku raka po toczniu, nastąpiło wyleczenie, lecz przypadek ten leczony był przedtem rentgenizacyą. W przypadku raka policzka wynik był bardzo dobry, co i drobnowidowo dało się stwierdzić. W końcu przy ogromnym raku szyi, wychodzącym z gruczołu tarczowego osięgnął B. przez wstrzykiwania tak silny rozpad, że następowo guz dał się łatwo usunąć, chory jednak potem umarł. Badanie drobnowidowe wyjętego guza stwierdziło martwicę tkanki nowotworowej. Na sekcyi stwierdzono jeszcze ogniska przy kręgosłupie. B. wątpi, czy zapomocą wstrzykiwań obcej krwi będzie można leczyć raka; próby dotychczasowe uprawniają jednak do dalszych doświadczeń. — W ten sposób można też próbować leczyć przerost sterczu (w 3 przypadkach miał B. wynik wcale dobry), a może i wole. *Klęsk.*

Wickmann. **Doświadczalne badania nad biologicznem działaniem w głąb światła lamp kwarcowej i Finsenowskiej.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 28). Autor badał różnicę działania w głąb lampy kwarcowej i Finsenowskiej, przepuszczając promienie przez ucho królika na skórę ludzką i przekonał się, że lampa Finsena działa silniej i głębiej. Natomiast przy przepuszczeniu światła lampy kwarcowej przez rozczyn błękitu metylenowego 1: 10.000, a więc przy usunięciu części promieni pozafioletowych, działanie jej nietylko się wzmaga, ale przewyższa znacznie skuteczność działania lampy Finsena. Ponieważ lampa kwarcowa dozwala nadto naświetlać wielkie powierzchnie, sposób obchodzenia się z nią jest prosty, i lampa ta nie zużywa wiele prądu, przeto sądzi autor, że wobec tego przenieść ją należy nad lampę Finsenowską. *Klęsk.*

Fricker. **Leczenie tężca surowicą.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 88, Z. 4—6). W klinice wewnętrznej i chirurgicznej w Bazylei spostrzegano 40 przypadków tężca, 18 leczono bez surowicy, 2 wyzdrowienia, 22 surowicą, 9 wyzdrowień. Wczas i silnie objawiające się trudności w połykaniu każą źle rokować. W przypadkach krótkiego okresu wylęgania się choroby ewentualne zejście śmiertelne występuje znacznie później i odwrotnie. Prócz leczenia ogólnego nie należy nigdy zapominać o energicznem miejscowem chirurgicznem leczeniu. *Klęsk.*

Friedländer i Meyer. **W sprawie tężca o typie głowowym Rosego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 28). Rose opisał osobny rodzaj tężca, a raczej tegoż postać kliniczną, zajmującą tylko głowę. Na podstawie odpowiedniego przypadku zajmują się F. i M. dalej tą sprawą. Tężec głowowy występuje zwykle po zranieniu okolicy oczodołu. Cechuje go porażenie nerwu twarzowego obwodowe, dalej porażenie mięśni ocznych i połykania, ślinotok, szczękościsk, natomiast brak zupełnie stężenia karku. Cierpienie to mimo zajęcia nielicznych mięśni i często mimo późnego wystąpienia po urazie przebiega bardzo groźnie. *Klęsk.*

Terrier i Mercade. **Uwagi z przyczyny 2 przypadków bezskutecznego wstrzykiwania surowicy przeciwtężcowej.** (*Revue de Chir.* 1907, Nr 1). Ranę zanieczyszczoną radzą T. i M. wymywać wodą utlenioną, wydzielinę z rany wstrzykiwać myszom w celu jak najrychlejszego rozpoznania i w każdym przypadku zapobiegawczo wstrzyknąć 10—20 ctm.³ do odpowiednich nerwów. Gdy już objawy tężca wystąpią, amputacya niema żadnego znaczenia, natomiast lepiej może stosować przecięcie odpowiednich nerwów, którymi się jad szerzy, po wyleczeniu bowiem można dokonać ich zszycia. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

Fricker. **W sprawie wyników leczenia tężca, zwłaszcza zapomocą surowicy.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 88, 4—6). Zestawiwszy wszystkie największe dotychczasowe statystyki i najpoważniejsze zapatrywania na leczenie tężca surowicą, dochodzi F. do wniosku, że na podstawie tych danych o skuteczności tego sposobu leczenia nie można jeszcze wypowiedzieć stanowczego zdania. Słabą stroną tych wszystkich zestawień i wyników leczniczych stanowią bowiem: rozmaita jadowitość zarazka, rodzaj rany, rozmaita odporność osobnicza na ten rodzaj zakażenia, stosowanie równoczesne innych zabiegów i bardzo wiele innych okoliczności. Z innych sposobów leczenia, nastrzykiwania karbolu zachęcają do dalszych prób. Na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń gruntowne oczyszczanie i odkażenie rany, wycięcie daleko w częściach zdrowych, amputacya, po-

winny stać na pierwszem miejscu. Zastosowaniu amputacyi przypisuje F. bardzo mały odsetek śmiertelności we własnej statystyce, obejmującej 18 przypadków z czasów przedsurowiczych i 22 leczonych surowicą przy równoczesnem postępowaniu doszczętnem. *Dr Kasprzyk* (Berlin).

### Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Jellinek. **Patologia, zapobieganie i leczenie rażeń elektrycznością.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 10—11, 1907). Podział na rażenia elektrycznością atmosferyczną i na rażenia elektrycznością techniczną, mimo że istota sprawy i obraz chorobowy są prawie jednakie, przyjęto ze względów praktycznych. Przy rażeniach technicznych, którym najczęściej ulegają robotnicy w zakładach elektrycznych, chodzi zwykle o jednobiegunowe zetknięcie się z prądem. Jeśli podstawa, na której znajduje się rażony, jest złym przewodnikiem elektryczności (izolatorem), to zetknięcie to jest zupełnie nieszkodliwe i niebolesne i włączenia osobnika w krążenie prądu niema. Gdy jednak robotnik stoi na dobrym przewodniku elektryczności (żelazo), to prąd przechodzi przez rękę, kadłub, nogi do ziemi, lub też, gdy ręka druga dotyka drugiego bieguna prądu, przez ręce, kark, twarz, i wywołuje rażenia. Rażenie powstaje najczęściej przez zetknięcie z prądem, rzadziej przez wyładowanie statyczne zapomocą iskry. Rażenia atmosferyczne dzielimy na prawdziwe, w których rażenie wywołuje elektryczność sama i rzekome, w których rażenia wywołują wpływy uboczne, n. p. zagęszczenie powietrza i t. p. Rażenia atm. prawdziwe mogą powstawać wprost lub też za pośrednictwem drutów telegraficznych z dalekiej nieraz odległości. Nasuwa się pytanie, jakie napięcie jest już dla człowieka niebezpieczne? Różnice są tu bardzo wielkie; i tak, zauważono rażenia śmiertelne prądem o napięciu 65 volt, a utrzymanie życia po rażeniu prądem o napięciu 5000 volt. W kołach technicznych przyjęto jako granicę niebezpieczeństwa 500 volt dla prądów jednostajnych, a 300 volt dla prądów zmiennych. Autor uważa jednak już prądy o napięciu 100 volt za niebezpieczne. Autor podaje wzór wskazujący, od czego zależy wielkość animalnego skutku, a mianowicie: $\rho . \frac{V.A.t.P\ (2P)}{\Omega} . k_1 . k_2$, gdzie $\rho$ = kierunek, V = volta, A = amper, t = czas, P = biegun, $\Omega$ = ohm, $k_1$ i $k_2$ ilości stałe). $\Omega$ (opór) jest zależne od wilgotności skóry i t. d., k, i od somatycznego stanu człowieka rażonego (tak np. w czasie snu, narkozy, prądy o wysokiem napięciu bywają znoszone zupełnie bez szkody), $k_2$ jest stałą, obliczoną na podstawie doświadczeń dla człowieka i zwierząt, które wobec elektryczności rozmaicie są odporne. Do objawów miejscowych, występujących po rażeniu, zalicza J. rany ze spalenia, zmiany włosów, memechaniczne rozdarcia, przedziurawienia tkanek, powierzchowną zgorzel, impregnacyę skóry tlenkami metali, wybroczyny, obrzęki, rumień, figury rażenne (Blitzfiguren), plamy barwikowe. Objawy ogólne dzieli J. na wczesne i późne. Do objawów wczesnych należy utrata przytomności, kurcze mięśni, porażenia, upośledzenie krążenia, oddychania, białkomocz, zatrzymanie lub mimowolny odpływ moczu, żółtaczka, bębnica, zaparcie stolca, obrzęki ostre, gorączka. Utrata przytomności jest albo przejściową, lub też dłużej trwającą, połączoną z zapadem i niepamięcią. Czasem przyłączają się objawy uciskowe: zwolnienie tętna, wymioty, lub objawy wstrząsu mózgowego. Nieraz jednak bardzo ciężkie rażenia przebiegają bez utraty przytomności. Objawy ruchowe, najczęstsze przy rażeniach, polegają albo na całkowitem porażeniu, albo na kurczach stałych (tonicznych), przechodzących po przerwaniu prądu w porażenie. W wyjątkowych przypadkach mimo przerwania prądu kurcze trwają dalej, dając obraz typowego napadu padaczkowego. Groźne są objawy w zakresie serca i oddychania, polegające na nieregularności lub też na całkowitem zatamowaniu czynności. Z objawów późnych należy wyłączyć wszystkie, nie stojące w ścisłym związku z rażeniem, więc np. nerwice urazowe i t. p. Objawy późne wystąpiły w $^1/_3$ przypadków, spostrzeganych przez autora, w postaci: lekkich przemijających zaburzeń umysłowych z urojeniami prześladowczemi, porażeń mięśni z zaburzeniami czuciowemi i odczynem zwyrodnienia, objawów trofoneurotycznych, przewlekłych spraw w stawach, wiodących do zaniku i zesztywnienia, objawów zatoru mózgowego, porażenia postępującego, napadów padaczkowatych, dusznicy sercowej, niewyrównania czynności serca. Tu zaliczyć należy powstawanie zaćmy, plam barwikowych. Anatomicznie stwierdza się zmiany najwybitniejsze w zakresie układu nerwowego. Komórka nerwowa jest najwrażliwszą na działanie prądu. Zmiany wczesne polegają na zmianach w skórze, zgorzeli punkcikowatej skóry; w zakresie układu nerwowego spotyka się wybroczyny, zniszczenie komórek nerwowych, przemieszczenie jąder, przedarcie ścian naczyń. Do zmian późniejszych należą zaniki nerwów obwodowych, zaniki przednich i bocznych powrózków rdzenia, zaniki zwojów nerwowych. Przyczyną śmierci przy rażeniach jest tak porażenie oddychania i czynności serca, jak i porażenia mięśni i kurcze. J. przypuszcza, że chodzi tu o śmierć pozorną, która następnie przechodzi w ostateczną. Zauważył on, że podczas rażenia wzrasta znacznie ciśnienie wśródczaszkowe. Nasuwa się przypuszczenie, że przez usunięcie ucisku ratunek byłby możliwy. Rozpoznanie nie jest trudne. Opiera się ono na wywiadach, odszukaniu przewodnika prądu lub stwierdzeniu działania elektryczności atmosferycznej, na rozdarciu, względnie spaleniu ubrania, na cechujących zmianach skóry. Rokowanie jest bardzo poważne w tych przypadkach, w których następują zaburzenia oddychania lub krążenia. Kurcze, porażenia, utrata przytomności mijają zwykle po kilku godzinach. Na 37 porażeń, spostrzeganych przez J., 7 przebiegało śmiertelnie, 10 z objawami późnymi (z tych u 4 trwała niezdolność do pracy), 20 natomiast porażonych wróciło do zupełnego zdrowia. Leczenie polega na wyłączeniu rażonego z prądu (przytem zwracał J. uwagę na konieczność dokładnej izolacyi ratującego), na zastosowaniu sztucznego oddychania, miesienia i faradyzacyi serca w połączeniu z upustem krwi z żyły; wstrzykiwaniem kamfory, adrenaliny. Dalej poleca autor wykonanie nakłucia lędźwiowego. W przypadkach zupełnie beznadziejnych możnaby użyć bardzo silnego prądu, opierając się na doświadczeniach na zwierzętach, zabitych prądem, których serce pod wpływem takiegoż prądu w tym samym kierunku działającego na nowo bić zaczynało. Dobrze działają ciepłe kąpiele długie z zimnym okładem na głowę. Ze względu na niebezpieczeństwo zaburzeń mózgowych starać się trzeba o dobrą opiekę nad chorym. Zapobieganie polega na rozpowszechnieniu wśród społeczeństwa wiadomości o niebezpieczeństwie rażenia i zabezpieczaniu przed rażeniem zapomocą starannej izolacyi przewodów elektrycznych. *Dr Witold Skórczewski.*

Molitoris. **W sprawie gnicia płuc noworodków.** (Odczyt na Zjeździe niem. Tow. med. sąd. w Stuttgarcie, 1906). (*Vierteljahrschr. f. ger. Med.* T. 33, 1907). Zapatrywanie, jakoby rozległe gnicie płuc i nagromadzenie gazów w postaci pęcherzy pod opłucną dowodziło, że noworodek oddychał, jest mylne, a dodatni wynik próby płucnej jest w tych warunkach bezwartościowy. Prawdopodobnie w zwłokach noworodków rozchodzą się bakterye gnilne od pępowiny po całym ustroju za pośrednictwem krwi. Te, już dawniej wypowiedziane zapatrywania, potwierdza M. doświadczeniami. Na zwłokach płodów różnego wieku, które z pewnością nie wykonały żadnych ruchów oddechowych, zakażał M. naczynia pępowinowe czystą hodowlą prątka okrężnicowego, zwłoki takie przechowywał pod zasłoną muślinową i już po 24 godz. stwierdzał w tkance podskórnej brzucha obecność gazów, a po 48 godz. wszystkie narządy wewnętrzne zawierały pęcherze gazów, nie wyłączając tkanki podopłucnej i płuc, które, rzucone na wodę, nie tonęły. *Bujak.*

## Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie warszawskie.

#### Posiedzenie kliniczne z dnia 30. kwietnia 1907 r.

1) Bregman przedstawia chorą, dotkniętą **ostrym bezładem** (*ataxia acuta*). 14-letnia dziewczyna zachorowała nagle przed 3 tygodniami. Wstała zrana z bólem głowy. Potem nagle upadła sztywniejąc. Padając wbiła sobie szpilkę w okolicę potylicy. Czy była utrata świadomości, niewiadomo. Zawroty głowy, parestezye w kończynach górnych, a w samym początku i w kończynach dolnych. Górnemi nie poruszała wcale, nie wiedziała, gdzie leżą. Przy ruchach biernych ból. Ciepłota przez pierwsze 2 dni do 40°, na trzeci dzień spadła. Po kilku dniach ruchy palców wróciły, po tygodniu zaczęto ją sadzać w łóżku, przed przybyciem do szpitala wstała, zataczała się, jak pijana. Przedmiotowo: 1) silny bezład kończyn górnych, przy zamknięciu ócz jeszcze się nieco powiększa, 2) niedowład kończyn górnych, zwłaszcza m. naramienny, trójgłowy, wyprostne napięstka, palców, 3) bezład przy chodzeniu i obracaniu się 4) w kończynach dolnych brak niedowładu i bezładu, 5) brak bólów i parestezyi w kończynach, nerwy obwodowe mało bolesne, 6) odruchy ścięgnowe kończyn górnych i dolnych bardzo wzmożone, *pseudoclonus*, 7) nietypowy objaw Babińskiego, 8) znaczne zaburzenia czucia położenia w kończynach górnych we wszystkich stawach,

bardzo lekkie, obwodowe czucia dotykowego, 9) brak bólów i zawrotów głowy, zaburzeń nerwów mózgowych, zmian pobudliwości elektrycznej, zaburzeń moczowych. Prelegent przypuszcza ostre zakażenie, które dotknęło układ nerwowy i którego głównym objawem jest bezład. Przypadki takie w piśmiennictwie nie liczne, tłomaczono w części zajęciem nerwów obwodowych, w części zaś sprowadzano do zaburzeń ośrodkowych. W danym przypadku za cierpieniem obwodowem mogłyby przemawiać bóle początkowe przy ruchach biernych i (nieznaczna wprawdzie) bolesność nerwów. Przeciw temu i za cierpieniem ośrodkowem — wzmożenie odruchów, typ porażenia, bezład nietylko obwodowy, ale i móżdżkowy. Zaburzenia czucia głębokiego spostrzegano także i w przypadkach, zaliczonych do ośrodkowych.

2) Bregman przedstawia przypadek **histeryi z ogólnem znieczuleniem**. Zaburzenia czucia w histeryi występują b. często w postaci wysp, zajmują odcinki kończyn lub całą połowę ciała, natomiast ogólne znieczulenie jest bardzo rzadkie. U przedstawionej chorej stwierdzono: zniesienie zupełne wszystkich rodzajów czucia. Chora znosi najsilniejsze prądy (m. i na wargach, na języku) bez najmniejszego drgnięcia. Powonienie i smak zniesione. Wzrok i słuch zachowane. Pole widzenia dośrodkowo zwężone. Barwy rozpoznaje z wahaniem. Brak uczucia zmęczenia, głodu, sytości. Nie doznaje pełności w żołądku po wlaniu przez zgłębnik 2000 wody, nie czuje, czy się wlewa wodę zimną lub gorącą. Błony śluzowe jamy ustnej, gardła, krtani nieczułe, odruchy zniesione; tylko z tylnej ściany krtani otrzymuje się odruch połykowy. Chora nie uczuwa potrzeby oddania moczu i stolca, nie wie czy ma miesiączkę. Odruch rogówki wyniesiony, również spojówkowy, nosa, ucha. Hypnoza nie udaje się. Chora zdaje sobie sprawę ze swego stanu. Nie może nic robić, niczem się zająć. Stan ten występuje napadowo, od 12 lat. Z początku napady krótkie, potem coraz dłuższe. Obecny od 8 miesięcy. W ostatnim czasie poprawa. W okresach między napadami chora pracować może, nie jest podniecona, miewa napady bólów głowy, ogólnego osłabienia, »mdlenia« kończyn. Matka i siostra miewają napady histeryczne.

3) Wacław Łapiński przedstawił 2½ rocznego chłopca, dotkniętego **przetoką moczownika** (*fistula urachi*). Od urodzenia mocz stale się sączy przez pępek. Pępek — duży, płaski i cały pofałdowany; pośrodku znajduje się maleńki otwór, przez który daje się wprowadzić cienki zgłębnik wgłąb na parę centymetrów ku dołowi; ze strony prawej w bliznie pępkowej znajduje się naczyniak wielkości ziarnka grochu. Chłopiec oddaje również mocz przez cewkę moczową, której ujście znajduje się nieprawidłowo na spodzie prącia (spodziectwo). Wobec niepewnych wyników, jakie daje zalecane w celach leczniczych przyżeganie przetoki żegadłem, zamierza Ł. wykonać zabieg doszczętny, t. j. otworzyć jamę brzuszną i przetokę zeszyć.

4) Czesław Otto wygłosił odczyt: **Gruźlica włóknista płuc z wylewem krwi do mózgu u 13-letniej dziewczynki.** Chora w ostatnim roku traciła 3 razy przytomność na kilka godzin, poczem stopniowo w ciągu 2—3 dni powracała do stanu prawidłowego. Utratę przytomności poprzedzał zawsze ból głowy, trwający kilkanaście godzin. Ostatni raz utrata przytomności trwała kilka dni, przyczem wystąpiło porażenie połowicze i objawy oponowe. Rozpoznano wylew krwi do mózgu i gruźlicę płuc, co autopsya stwierdziła. Mikroskopowo stwierdzono w płucach typową gruźlicę włóknistą, spotykaną tylko w wieku starszym i nie opisaną dotąd w wieku dziecięcym. Badanie mózgu wykryło kiłowe zmiany naczyń (*Lues hereditaria*).

**Posiedzenie kliniczne z dnia 7. maja 1907 r.**

2) Starkiewicz miał odczyt: **W sprawie patogenezy przewlekłej żółtaczki wrodzonej** (*icterus acholuricus congenitus cum splenomegalia*). Punktem wyjścia odczytu był przypadek żółtaczki wrodzonej u chłopca 15-letniego, spostrzegany w oddziale K. Chełchowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus. Żółtaczka cechowała się acholuryą, urobilinuryą, brakiem objawów zatkania wielkich przewodów żółciowych, znacznem obrzmieniem śledziony; zwiększała się pod wpływem znużenia fizycznego i zimna. Od paru tygodni napady kolki wątrobnej. Żółtaczkę tego typu, odmienną pod wieloma względami od zwykłych żółtaczek u noworodków oraz od żółtaczek nabytych, spostrzegał poraz pierwszy Minkowski w r. 1900 u 8 członków jednej rodziny. W jedynym przypadku sekcyjnym tego autora (śmierć z powodu zapalenia płuc) nie stwierdzono żadnych zmian chorobowych w wątrobie, natomiast znaleziono obfitość złogów barwnika, zawierającego Fe, w narządach wydzielniczych, zwłaszcza w nerkach. Na tej zasadzie Minkowski upatruje przyczynę żółtaczki nie w cierpieniu wątroby, lecz we wzmożonym rozpadzie krwi, może wskutek pierwotnego cierpienia śledziony. Przypuszczenie to popierał Bettmann, który w przypadku swoim stwierdził napadową i doświadczalną hemoglobinemię. Obrzmienie śledziony Bettmann tłomaczy wzmożoną jej czynnością, skierowaną ku przetwarzaniu szczątków zniszczonych krążków krwi. W trzech spostrzeżeniach Picka brak było obrzmienia śledziony; — autor ten przyczyny żółtaczki dopatruje w przypuszczalnej wrodzonej niesprawności wątroby lub też w nieprawidłowej komunikacyi wrodzonej pomiędzy drogami żółciowemi, a limfatycznemi. W przypadku Krannhalsa żółtaczka zjawiła się u kobiety dorosłej po drugim porodzie; obrzmienie śledziony poprzedzało na lat kilka wystąpienie żółtaczki. Podobne przypadki żółtaczki nabytej pochodzenia wątrobnego opisywali Hayem i Lévy. Teorya tych autorów, składająca przyczynę żółtaczki przewlekłej acholurycznej na karb łagodnego zakażenia drobnych przewodów żółciowych, odbiła się na poglądach późniejszych autorów francuskich. Gilbert, Casbaigne i Lereboullet rozpatrują przypadki żółtaczki Minkowskiego łącznie z nabytemi żółtaczkami acholurycznemi, nadając im wspólną nazwę »cholémie simple familiale«. Vidal i Ravaut w celu wyjaśnienia patogenezy cierpienia przypuszczają wrodzoną skazę komórki wątrobnej jako rodzaj piętna zwyrodnienia i wskutek tego wtórną policholię i pleiochromię żółci. Chauffard popiera teoryę hemolityczną poważnymi dowodami klinicznymi. W przypadku jego żółtaczka zwiększała się w przebiegu ostrej niedokrwistości, którą przebywał chory. Przy badaniu krwi autor stwierdził wybitne obniżenie odporności czerwonych krążków, zmniejszenie ich wymiarów, do 5,8 m., zwiększenie ilości myelocytów. Hemoliza doświadczalna zaczynała się już w rozczynach 0,62 prc. Nacl, a kończyła się dopiero w rozczynie 0,36 prc. To zmniejszenie odporności czerwonych krążków ma być przyczyną wzmożonego rozpadu krwi (hemolizy) i pośrednio wtórnej żółtaczki pleiochromicznej.

W przypadku prelegenta badanie sprawności czynnościowej wątroby zaburzeń jej nie wykryło. We krwi stwierdzono umiarkowaną oligocytemię, wodnistość (16,77 prc. suchej pozostałości krwi), nieznaczną poikilocytozę obok wyraźnej polichromatofilii i mikrocytozy. Odporność krążków była wybitnie zmniejszona (hemoliza doświadczalna zaczynała się już w rozczynie 0,7 prc. NaCl). Zgodnie z wysoką izotonią krwi punkt jej zamarzania znaleziono niezmiernie nizki, bo — 0,87 przy $\Delta$ moczu — 1,71. To podniesienie stężenia cząsteczkowego surowicy do liczb hyperosmotycznych możnaby uważać z punktu widzenia celowości za zjawisko korzystne dla ustroju, bo zabezpieczające kruche krążki krwi od rozpadu. W celu zupełnego wyświetlenia nizkiej $\delta$ pożądanemby było określenie chlorków we krwi, a może i jej przemiany gazowej; zwiększenie ilości chlorków, oraz dodatkowo może wzmożenie napięcia $CO_2$ we krwi tłomaczyłyby obniżenie jej punktu zamarzania.

W dyskusyi Rzętkowski uważa powiększenie śledziony w tych razach za wyraz hyperprodukcyi erytrocytów, za powiększenie wskutek wzmożenia działalności wobec znacznego rozpadu czerwonych krążków, jaki w tych razach zachodzi i jaki przez organy krwiotwórcze musi być wyrównany. — Anastazy Landau zwraca uwagę na współrzędne istnienie w przypadku prelegenta dwu zjawisk: małej wydajności azotu w moczu i nizkiego punktu zamarzania krwi. L. gotów jest owo zmniejszenie w moczu uważać za objaw niedomogi czynnościowej nerek, na korzyść czego przemawia również wynik badania kryoskopowego krwi.

2) Polański odczytał rzecz p. t.: **Zmiany chorobowe oraz powikłania w nosie, gardle, krtani, tchawicy i narządzie słuchowym przy grypie.** Grypa jako choroba ogólna jest skutkiem swoistych zarazków, które prócz ogólnych objawów niezmiernie często są przyczyną powstania spraw zapalnych w miejscu swego pierwotnego siedliska, t. j. w różnych odcinkach dróg oddechowych, poczynając od błony śluzowej nosa, a kończąc na pęcherzykach płucnych i uchu środkowem, które jest w ścisłym związku z jamą nosowogardłową. P. zwraca szczególną uwagę na nadzwyczaj częste cierpienia zatok bocznych nosa, przy grypie. Grypa obecnie jest uważaną za najczęstszą przyczynę powstawania t. zw. ropotoków ostrych, a co za tem idzie, i spraw przewlekłych zatok bocznych nosa. Jeżeli zaś w praktyce cierpienia zatok bocznych nosa przy grypie spostrzega się rzadziej, pochodzi to wskutek tego, że w ogromnej swej większości sprawy zapalne zatok, szczególnie ostre, ulegają samowyleczeniu. Najważniejszym warunkiem samowyleczenia się ostrego ropotoku którejkolwiek jamy bocznej nosa jest aby wysięk, jaki się utworzył w zatoce bocznej nosa miał łatwe ujście do głównych jam nosowych przez t. zw. *ostia* (*maxillare*, *nasofrontale* i t. d.). P. zwraca szczególną uwagę na leczenie ostrych ropo-

toków zatok bocznych nosa, by nie dopuścić do przejścia sprawy w przewlekłą, przy której nieraz i t. zw. doszczętna operacya nie daje dostatecznych wyników. Za najlepszą operacyę doszczętną uważa P. metodę Luc-Cadvella; metodę zaś Desault-Küstera należałoby obecnie już zupełnie zarzucić. Sprawy grypowe w krtani mają wiele cech znamiennych, szczególnie struny głosowe prawdziwe wyglądają charakterystycznie. Rosenberg jedynie przy grypie w ostrem zapaleniu krtani na strunach fałszywych kilkakrotnie spostrzegał ropną wydzielinę w miejscu gruczołów śluzowych. Głos bywa zwykle znacznie zmieniony, niekiedy dochodzi do zupełnego bezgłosu. Wydzielina zasycha w strupy, które bywają przyczyną ogromnej duszności. Pobudzenia kaszlowe wskutek tego bywają mocne i częste, powodując często krwioplucie krtaniowe. Jeszcze znamienniejszą dla grypy jest t. zw. *laryngitis haemoragica*, która bywa przyczyną prawdziwych krwotoków krtaniowych. Jako powikłanie zdarza się przy grypie *laryngitis submucosa acuta*, przyczem dojść może do uformowania się ropnia w krtani. P. przytacza 2 własne takie przypadki. W przypadkach grypy, gdy tchawica jest zajęta, dominującym objawem bywa suchy, męczący kaszel, podobny do napadów krztuścowych. — Co się tyczy zmian chorobowych w narządzie słuchowym, to przedewszystkiem podczas epidemii grypy ilość chorych na uszy znacznie się zwiększa. Zaburzenia uszne zdarzają się przy 2 postaciach grypy: przy nieżytowej i t. zw. »nerwowej«. Przy grypie »nerwowej« nie ma żadnych zazwyczaj objawów nieżytowych ze strony dróg oddechowych, tylko ogólne objawy podrażnienia całego systemu nerwowego w większym lub mniejszym stopniu; zaburzenia narządu słuchowego dotyczą wyłącznie błędnika i polegają na nadmiernej wrażliwości na tony i szmery (przeczulica słuchowa), na zawrotach głowy, zaburzeniach równowagi; słuch przytem bywa zwykle zupełnie dobry, objawów zapalnych niema żadnych i ucho środkowe jest zupełnie wolne. Zwykle w krótkim czasie następuje powrót do zdrowia. Nader rzadkie są przypadki, w których słuch szybko się pogarsza i wkrótce następuje zupełna głuchota. Znamienne dla grypy jest krwotoczne zapalenie ucha środkowego z krwawą wydzieliną. Oprócz postaci krwotocznej równie często zdarza się przy grypie ostre zapalenie ropne ucha średniego, bez krwawych pęcherzyków na błonie bębenkowej. Drugą cechą zapaleń ucha środkowego przy grypie jest, że przebiega ono zazwyczaj bardzo gwałtownie; bole niezwykle silne rozchodzą się na całą głowę, ramię, a nawet na klatkę piersiową; słuch szybko się pogarsza, tak że w ciągu 6—10 godzin może nastąpić zupełna głuchota. Wreszcie zapalenia ucha środkowego przy grypie mają jeszcze i tę własność, że często towarzyszą im niebezpieczne dla życia chorego powikłania w postaci przejścia sprawy zapalnej na kość, opony mózgowe, zatokę poprzeczną i t. p. Niezmiernie szybko, bo już w 2—3 tygodni może rozwinąć się ostre próchnienie kości. Ostre zapalenie ucha środkowego przy grypie, podobnie, jak i przy innych chorobach zakaźnych, może przejść w przewlekłe.

3) Tuchendler Antoni przedstawia 18-letniego młodzieńca, który z powodu przypadkowego połknięcia szczęki sztucznej z trzema zębami, przez kilka tygodni miał dolegliwości ze strony przełyku. Rozpoznanie tego ciała obcego w przełyku natrafiało na trudności, ponieważ tak się usadowiło, że najgrubsze zgłębniki swobodnie obok niego do żołądka przechodziły; dopiero przy pomocy ezofagoskopii udało się T. wspólnie z kol. Oderfeldem stwierdzić obecność szczęki w przełyku. Dla wydobycia jej postanowiono wykonać ezofagostomię; następnego dnia, z powodu kilkakrotnego ezofagoskopowania, ześliznęła się do żołądka, a po 8 dniach odeszła ze stolcem, widocznie zatrzymując się we wszystkich węższych odcinkach kiszek. T. podnosi wartość badania ezofagoskopowego dla rozpoznawania ciał obcych w przełyku i zarazem przypomina, że nie należy się spieszyć z wydobywaniem ich przez usta, połączonem często, jak wiadomo, z trudnościami i fatalnemi następstwami. *Dr. Ign. L.*

## Kronika historyczna na wrzesień.

Zestawił

**Dr Adam Langie.**

7. września 1816 r. urodził się w Bernie Ferdynand Hebra, jeden z wybitnych przedstawicieli nowej szkoły wiedeńskiej. Zerwał on w dermatolologii z dawną teoryą, opartą na zasadach patologii humoralnej, rozwinął dyagnostykę i leczenie i wskazał na miejscowe zadrażnienie, względnie na pasorzyty, jako na przyczynę wielu chorób skórnych. Wydał znakomity atlas chorób skórnych (1876 r.) i podręcznik tychże chorób (1860 r.). Hebra studyował medycynę w Wiedniu, gdzie 1842 r. został docentem, 1849 r. nadzwyczajnym, a 1869 r. zwyczajnym profesorem. Umarł 1880 r.

8. września 1675 r. odkrywa Antoni Leeuwenhoek wymoczki przy pomocy ulepszonego przez siebie mikroskopu, wynalezionego już na początku XVII wieku przez Holendra Korneliusza Drebbela (według innych źródeł przez optyków holenderskich braci Janssen). Odkrycie Leeuwenhoeka stało się pierwszą podstawą późniejszej o dwa stulecia bakteryologii, a na razie wywarło niezmierny wpływ na rozwój badań drobnowidowych w anatomii, fizyologii i wogóle we wszystkich naukach przyrodniczych; jego badania naczyń włosowatych poparły teoryę Harveya. Prócz tego wykrył on włókna soczewki oka i plemniki, oraz objaśnił akomodacyę zmienną kształtu soczewki. Urodził się 1632 r.; z początku był buchalterem w Amsterdamie i dopiero w 22 roku życia rozpoczął badania drobnowidowe, a chociaż prowadził je bez planu i bez należytego przygotowania, doszedł wytrwałą pracą do zdumiewających wyników.

17. września 1178 r. umiera święta Hildegarda, słynna lekarka XII stulecia, autorka dzieł »Physica« i »Causa et curae«, wybitna przedstawicielka średniowiecznej medycyny klasztornej. Urodzona w r. 1098, z początku przełożona klasztoru w Disibodenberg, następnie założonego przez siebie klasztoru w Bingium. Sławne też w całej Europie były jej proroctwa, spisane potem w »Visionum et Revelationum libri tres«, jak również energiczne występowanie przeciw zniewieściałości duchowieństwa.

21. września 1873 r. umiera August Nélaton. Urodzony 1807 r., od roku 1851 profesor kliniki chirurgicznej w Paryżu, a od 1866 roku przyboczny lekarz Napoleona III.; mianowany 1868 r. senatorem. Należy do najznakomitszych chirurgów francuskich, a sława jego jako bystrego dyagnosty i operatora równa się głośnej jego sławie, jako uczonego autora wielu dzieł chirurgicznych, rozpraw z zakresu operacyi ocznych i narządu moczowego, oraz wynalazcy różnych niezbędnych narzędzi (cewnik Nélatona). Popularność jego wzrosła jeszcze bardziej po udanej szczęśliwie operacyi Garibaldiego, u którego tkwiącą głęboko w nodze kulę po bitwie pod Aspromante, wyśledził przy pomocy swego nowego zgłębnika o porcelanowej główce.

24. września 1904 r. umiera Nils Ryberg Finsen w Kopenhadze, (ur. 1860 r.), którego leczenie zapomocą światła słonecznego czystego i barwnego wskazało nowe pole dla terapii chorób skórnych.

30. września 1846 r. pierwsze uśpienie eterem, wykonane przez Mortona, dentystę w Bostonie. Historya tego doniosłego w medycynie wypadku przedstawia się według Pagela pokrótce tak: Bartoński lekarz Karol Jackson odkrył przypadkowo przy doświadczeniach chemicznych usypiające działanie eteru siarczanego w r. 1833, ale mimo zachęcających prób, przedsiębranych przez niego w latach 1841 i 1842, nie kwapiono się z użyciem środka tego przy operacyach. Dopiero Morton, namówiony przez Jacksona, użył eteru przy wyjęciu zęba, a gdy skutek pomyślny uwieńczył próbę, zastosował w tym samym zaraz roku eteryzacyę John Collius Waaren, operator szpitala w Bostonie, przy wyłuszczaniu guzów na szyi, a 7. listopada Hayward przy amputacyi uda (tamże). Jakkolwiek palmę pierwszeństwa zdobyć chciał Crawford Long, twierdząc, że już w latach 1842 do 1845 wykonywał mniejsze operacye w uśpieniu eterowem, to spór o to toczył się głównie między Jacksonem a Mortonem, nierozstrzygnięty ostatecznie, gdyż nawet paryska Akademia przyznała każdemu z nich po połowie wielkiej nagrody Monthyona. Już jednak w r. 1847 zastąpił Simpson eter chloroformem (porównaj »Kronikę historyczną za listopad« w Nrze 48 »Przegl. lek.« z 1906 r.). Był jeszcze jeden współzawodnik o pierwszeństwo wynalazku uśpienia: Horacy Wells, lekarz w Hartfordzie, używający przy wyjmowaniu zębów gazu rozweselającego; wziął on sobie tak do serca sławę wynalazku, przyznaną Jacksonowi, który widział jego nieudane próby i prawdopodobnie pod ich wpływem rozpoczął doświadczenia z eterem, że w roku 1847 odebrał sobie życie.

## Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

### Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

**Choroby zakaźne w Krakowie** od 18. do 24. VIII. 1907 było przypadków: płonicy 5 † 1, błonicy 2 † 1, duru brzusznego 1, cholery dzieci 2 † 2, róży 2. *W.*

**Z ruchu ludności w Krakowie.** Od 11. do 17. VIII. 1907 urodziło się dzieci żywo 49, nieżywo 3; zmarło osób 36 (w tem obcych 15), z nich z gruźlicy 7 (6), płonicy 1, cholery niemowląt 2. — Od 18. do 24. VIII. 1907 urodziło się dzieci żywo 46, nieżywo 2; zmarło osób 42 (w tem obcych 15), z powodu gruźlicy 10 (5), zapalenie płuc 2, błonicy 1, płonicy 1, cholery niemowląt 2, śmierci gwałtownej 1. *S.*

**Cholera.** Dotychczasowe badania bakteryologiczne wydzielin osób, zmarłych w Brześciu lit., podjęte przez dra Palmirskiego z Warszawy, stwierdzić miały obecność przecinkowców takich, jak w czasie epidemii z r. 1905, zawleczonej do Prus, (gdzie zresztą uważano ją za prawdziwą cholerę).

**Ospa.** W Wiedniu w okręgu X. i XI. szerzy się nagminnie ospa — zgłoszono dotychczas 56 wypadków.

## Wiadomości bieżące.

**Zdrojowiska polskie.** W Połądze, jedynem uzdrowisku nadmorskiem, znajdującem się w rękach polskich, zawiązało się »Towarzystwo przyjaciół Połągi« celem podniesienia tego uzdrowiska i badań naukowych. Do grona założycieli należą z lekarzy dr T. Dembowski i dr W. Zahorski z Wilna, dr Skowroński z Warszawy, dr Jokiel z Łodzi. — Wystawa balneologiczna, zamierzona w Ciechocinku, została odłożona do wiosny roku przyszłego. — W międzynarodowej wystawie balneologicznej w Spa nie wzięły, jak się zdaje, zdrojowiska nasze, prawie wcale udziału pomimo starań, podjętych przez prof. Zaleskiego z Petersburga, który udał się do Spa jako wysłannik rządu rosyjskiego. — Liczbę uzdrowisk galicyjskich zwiększył Burkut, który w r. b. wybijać się poczyna z zapomnienia. — Załamanie się pomostu przy źródle Magdaleny w Szczawnicy, przyczem odniosło potłuczenia kilka osób, przypomniało dosadnie o zaniedbaniu tego zdrojowiska; niestety Akademia Umiejętności, do której Szczawnica należy, niema funduszów na potrzebne inwestycye, a dzierżawcy zdrojowiska niewiele się o nie troszczą.

— Do 7. VIII. w Rabce bawiło osób 2690.

**Zakopane.** Ustanowiona przez wiedeńskie Koło polskie komisya dla naocznego zbadania potrzeb i braków Zakopanego zebrała się d. 17. b. m. W ankiecie uczestniczyli prócz posłów dra Dietziusa, Germana, Golda, Ptasia, ks. Rzeszódki, Zieleniewskiego i dra Bednarskiego, prof. dr Baranowski, prof. dr Ponikło, dr Janiszewski, dr Żychoń i przedstawiciele władz powiatowych i miejscowych. Uchwalono wypracować szczegółowy memoryał do Koła polskiego.

**Warszawa.** W d. 1. października r. b. przypada 50 ta rocznica otwarcia b. ces.-król. Akademii medyko-chirurgicznej w Warszawie. Pierwszymi lekarzami tej szkoły byli Władysław Florkiewicz i J. Kwaśniewski. W r. 1862 wcielono zakład ten do nowo utworzonej Szkoły Głównej. Mała garstka lekarzy-jubilatów pracuje do dzisiaj, tym też przesyłamy najszczersze życzenia. *R.*

— W szpitalu wolskim ma być utworzona nadetatowa posada ordynatora-ginekologa. Szpital przy ul. Spokojnej, dotąd stojący pustką, otrzyma wreszcie urządzenie wewnętrzne (kosztem 9500 rb.) dzięki grozie zbliżającej się cholery, która skłoniła władze do energicznych zarządzeń.

**Z różnych stron.** »Koło lekarskie polskie Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu«, z którego czynności naukowych od lat kilku zdajemy sprawę, przekształci się od jesieni r. b. w samoistny »Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu«, a to wskutek ostatecznego zatwierdzenia ustawy »Związku« przez władze, uzyskanego po kilkakrotnych dopiero staraniach.

— W skład komitetu polskiego na pierwszym międzynarodowym Zjeździe psychiatrów i neurologów, mającym się odbyć między 2. a 7. września w Amsterdamie weszli: Profesorowie Halban, Sieradzki i Twardowski ze Lwowa, Profesorowie Piltz i Wachholz z Krakowa i Drowie Bregman i Flatau z Warszawy. Delegatem galicyjskiego Towarzystwa lekarzy na tym Zjeździe będzie dr Kohlberger.

— Obie Izby szwedzkie uchwaliły dopuszczenie kobiet do katedr na Wydziałach lekarskich i do posad rządowych na równi z mężczyznami.

— 14. b. m. rozpoczął się w Heidelberdze Zjazd międzynarodowy fizyologów.

— Zjazd psychiatrów i neurologów austryackich odbędzie się we Wiedniu 4. i 5. października b. r.

— Skład nowej Akademii lekarskiej w Düsseldorfie jest następujący: Witzel (chirurgia), Hoffmann (med. wewnętrzna), Sellheim (położnictwo), Schlossmann (choroby dzieci), Lubarsch (anatomia patolog.), Wendelstadt (terapia doświadczalna).

**Mianowani:** Dr Bokay profesorem chorób dzieci w Budapeszcie, dr Seigneux profesorem położnictwa w Genewie. Prof. Garrè profesorem chirurgii w Kolonii. Dr Kurajew profesorem chemii lekarskiej w Charkowie.

**Zmarli:** Dr Stanisław Jaxa-Kwiatkowski w Wilnie. Dr Radkiewicz docent terapeutyki w Moskwie.

Redaktor odpowiedzialny:
**Doc. dr Stanisław Dobrowolski.**

**Posiedzenie Wydziału Towarz. Samopomocy lekarzy** odbędzie się **w czwartek dnia 29. sierpnia 1907** w lokalu Towarzystwa **o godz. 6 wieczór.** Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia. 2) Sprawy bieżące i rozdział referatów.

## Zapiski przemysłowo-lekarskie.

### Nadesłane.

Na wystawie jubileuszowej w Lipsku dla reformy, urządzenia i higieny mieszkań, jakoteż dla całego gospodarstwa domowego, od 2. do 14. maja b. r. przyznano złoty medal nowemu środkowi odkażającemu »Autan« wyrobu firmy Friedr. Bayer et Co., Elberfeld. Po dodaniu wody wywiązuje proszek ten obfite pary formaldehydowe i wodne, odkażające niechybnie daną przestrzeń.